

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 102

DU
VOLUME DE LA RATE

DANS LES
CANCERS ABDOMINAUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

et soutenue publiquement le 5 Février 1920

PAR

LÉON RICHARD

Né à St-Michel-de-Maurienne (Savoie), le 3 octobre 1889



LYON

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS LÉGENDRE

14, rue Bellecordière, 14

—
1920

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 102

DU
VOLUME DE LA RATE

DANS LES
CANCERS ABDOMINAUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

et soutenue publiquement le 5 Février 1920



PAR

LÉON RICHARD

Né à St-Michel-de-Maurienne (Savoie), le 3 octobre 1889



LYON
ANCIENS ÉTABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellecordière, 14

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	}	BARD.
Clinique ophtalmologique.....		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	}	BÉRARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.	}	LEPINE (J.)
Chimie biologique.....		WEILL.
Chimie organique et toxicologique.....	}	POLLOSSON (A)
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	}	HUGOUNENQ
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	}	MORFAU.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....	}	X.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		POLICARD.
Anatomie pathologique.....	}	DOYON.
Médecine opératoire.....		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	}	MOURIQUAND.
Médecine légale.....		PAVIOI
Hygiène.....	}	POLLOSSON (M)
Thérapeutique.....		ARLOING (F.)
Pharmacologie.....	}	ETIENNE MARTIN
		COURMONT.
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégés
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	LATARJET.	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD.	—
Clinique infantile.....	X.	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BRETIN	GARIN	DUROUX
COMMANDEUR.	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	FROMENT	chargé des fonctions
LAROYENNE	TAVERNIER.	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT
VORON.	CADE	PIÉRY	chargé des fonctions
NOGIER.	GUILLEMARD	COTTE	
LATARGET			

M. BA YLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Président de Thèse : M. le Prof^r PAVIOI

Prof^{rs} agrégés : MM. VALLAS, SAVY et DUROUX

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES FRÈRES

LES DOCTEURS HENRI ET AIMÉ RICHARD

A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR PAVIOT

*Qui m'a permis l'accès du laboratoire
d'anatomie pathologique pendant la rédaction
de ce travail.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SAVY

*Qui m'a inspiré ce sujet de thèse et m'a
toujours réservé le meilleur accueil dans
ses services de Desgenettes et de l'Hôtel-
Dieu.*

INTRODUCTION

Les modifications du volume de la Rate dans les cancers abdominaux ne semblent pas, jusqu'ici, avoir beaucoup attiré l'attention des cliniciens.

Cependant Raymond Tripier, dans son *Traité d'anatomie pathologique générale* fait les remarques suivantes : « Quant à l'atrophie de la rate, elle va de pair avec celle des organes au déclin de l'âge. En outre, nous avons constaté que cette atrophie se rencontre dans la cachexie cancéreuse et que, notamment dans le cancer de l'estomac, elle nous a toujours paru constante ; d'où cette remarque que, dans le cas où le diagnostic est douteux entre une cirrhose hépatique et un cancer de l'estomac, si l'on peut constater sûrement une augmentation de volume de la rate, la possibilité de cancer doit être écartée. »

Tripier, dans ses leçons cliniques et ses présentations de pièces d'autopsie à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans les observations groupées au laboratoire d'anatomie pathologique, a très fréquemment insisté sur

l'atrophie de la rate dans les cancers abdominaux. Nous avons puisé, dans ses notes, la plus grande partie des éléments de ce travail.

Les thèses antérieures renferment de nombreux cas de cancers abdominaux avec autopsie.

Malheureusement, (et Junquet, dans sa thèse, fait la même remarque) dans beaucoup d'observations cliniques, l'examen de la rate n'est pas noté ; encore plus fréquemment dans les protocoles d'autopsie, le volume ou le poids de la rate ne sont pas consignés. Aussi un certain nombre de faits publiés dans ces travaux n'ont pu être utilisés.

Les travaux déjà anciens de Bard et Pic sur le cancer primitif du pancréas, de Devic et Gallavardin sur le cancer primitif des canaux biliaires sont toujours utiles à consulter. *La Revue générale* de Rhenter et Rebattu sur le cancer primitif des canaux biliaires n'a fait que confirmer les vues de Devic et Gallavardin.

Un article de Cade et Savy, dans le *Lyon Médical*, nous a fourni trois observations publiées, plus loin au chapitre du cancer hépatique.

On verra par la suite, que la règle générale formulée par Tripier comporte de nombreuses exceptions. Applicable à la plupart des cancers gastriques, cette loi est fréquemment en défaut dans les autres cancers de l'abdomen.

PLAN

CHAPITRE PREMIER. — La rate dans les cancers de l'estomac.

Considérations anatomiques et conséquences cliniques.

CHAPITRE II. — La rate dans les cancers du foie.

CHAPITRE III. — La rate dans les cancers des voies biliaires extrahépatiques.

CHAPITRE IV. — La rate dans les cancers du pancréas.

CHAPITRE V. — La rate dans les autres cancers abdominaux.

CHAPITRE VI. — Les généralisations cancéreuses à la rate.

Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

La rate dans les cancers de l'estomac (considérations anatomiques et conséquences cliniques).

A. CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Dans le cancer gastrique, la rate est atrophiée (Tripier). Les faits rapportés plus loin permettent de souscrire à cette loi. Nous avons pu réunir 78 autopsies de cancer gastrique où le poids de la rate était mentionné : 50 fois la rate est nettement atrophiée. Soit 65 pour 100 des cas.

Deux observations véritablement démonstratives sont empruntées aux thèses de Sanerot et de Duplant ; de la collection Tripier, nous ne conserverons que quinze cas où le poids de la rate est au-dessous de 100 grammes.

OBSERVATION I

(Observ. XXVIII de la thèse de Sanerot).

Cancer de la portion prépylorique de l'estomac. Ulcération taillée à pic, de la dimension d'une pièce de 5 francs, à forme circulaire à bords indurés.

Rate : 30 gr.

OBSERVATION II

(Observ. IX de la thèse de Duplant).

Nots ulcérés d'un néoplasme gastrique simulant la coïncidence de l'ulcère et du cancer.

Rate très petite : 50 gr.

OBSERVATION III

(Collection Tripier, autopsie du 7 février 1908).

Cancer du Cardia. Enorme généralisation hépatique. Péritonite aiguë récente sans carcinose. Tuberculose pulmonaire ancienne avec poussée de granulation récente.

Rate : 100 gr.

OBSERVATION IV

(Collection Tripier, autopsie du 21 février 1908).

Cancer colloïde. Homme de 63 ans.

Résumé clinique. Ethylisme marqué. Troubles gastriques depuis quelques temps, mis sur le compte de l'alcoolisme. Puis apparition d'une symptomatologie clinique de cirrhose : ascite, un peu de circulation complémentaire, mais on ne pouvait apprécier le volume de la rate.

Rate : 70 gr.

OBSERVATION V

(Collection Tripier. Observ. Léger).

Carcinome de l'estomac.

Rate : 70 gr.

OBSERVATION VI

(Collection Tripier. Observ. Bellemin).

Néoplasme de l'estomac. Péritonite.

La rate ne présente pas d'altération ; 75 gr.

OBSERVATION VII

(Collection Tripier. Observ. 554).

Cancer de l'estomac localisé à la région prépylorique.

Rate : 100 gr.

OBSERVATION VIII

(Collection Tripier. Observ. 573).

Cancer près du cardia, avec noyau secondaire de voisinage.

Rate très atrophiée : 60 gr.

OBSERVATION IX

(Collection Tripier. Observ. 955).

Cancer du cardia, ayant rétréci notablement l'orifice.

Rate très petite : 80 gr.

OBSERVATION X

(Collection Tripier. Observ. 241).

Cancer de l'estomac, près du cardia.

Rate : 80 gr.

OBSERVATION XI

(Collection Tripier. Observ. 305).

Cancer en nappe de l'estomac.

Rate : 30 gr.

OBSERVATION XII

(Collection Tripier. Observ. 311 bis).

Ulcères et cancer de l'estomac.

Rate : 50 gr.

OBSERVATION XIII

(Collection Tripier. Observ. 312).

Cancer en nappe de l'estomac. Néphrite chronique concomitante.

Rate petite, molle et flétrie : 70 gr.

OBSERVATION XIV

(Collection Tripier. Observ. 1134).

Cancer de la petite courbure de l'estomac. Anasarque, ascite hémorragique. Envahissement ganglionnaire. Généralisation hépatique extrêmement avancée. Pleurésie droite cancéreuse.

Foie énorme : 3.210 gr. Rate : 85 gr.

OBSERVATION XV

(Collection Tripier. Observ. 911).

Cancer du pylore à peine ulcéré, dilatation de l'estomac. Aucune généralisation viscérale.

Rate : 65 gr.

OBSERVATION XVI

(Collection Tripier : Observ. 313).

Cancer colloïde de l'estomac.

Rate : 100 gr.

OBSERVATION XVII

Collection Tripier. Observ. 412).

Cancer de l'estomac.

Rate : 50 gr, à surface flétrie, ridée, blanchâtre comme celle du foie par le fait de l'épaississement du péritoine.

OBSERVATION XVIII

(Due à l'obligeance de M. Roubier, médecin des hôpitaux).

Homme de 53 ans. Cancer de la petite courbure propagé au cardia. Généralisation hépatique.

Rate : 75 gr.

Dans les 78 observations de cancer gastrique que nous avons étudiées spécialement au point de vue du poids de la rate, il y a 28 cas où la rate n'est pas atrophiée, parfois même elle est augmentée de volume.

L'hypertrophie splénique doit être attribuée à l'une des causes sur lesquelles nous allons insister maintenant.

1° Dans quelques cas, la splénomégalie est due à l'envahissement de l'organe par des métastases cancéreuses. Ce mode d'hypersplénie est cependant une rareté, comme nous le verrons plus loin. Nous n'avons pu en trouver que trois cas.

2° L'infection au niveau du cancer ulcéré est une cause plus importante d'augmentation de volume de la rate. Tout concourt à favoriser l'infection : stase alimentaire, bourgeons cancéreux sanguinolents, hypochlorhydrie si fréquente. La rate réagit contre l'infection par la congestion et l'hypertrophie.

Les observations suivantes, empruntées à Tripier semblent, à cet égard, très suggestives :

OBSERVATION XIX

(Collection Tripier. Autopsie du 8 février 1908).

Cancer végétant prépylorique. Pleurésie purulente droite. Pas de généralisation hépatique. Rate augmentée de volume : 410 gr., assez ferme. « La tumeur ne s'est pas généralisée, mais il existe une pleurésie purulente du côté droit qui a dû contribuer à la mort du malade. C'est un exemple d'inflammation suppurée dans un cas de cancer, non par voisinage de la tumeur comme on l'observe quelquefois, mais à distance et probablement par une cause infectieuse dont l'origine se trouve au niveau de l'ulcération de la tumeur. C'est vraisemblablement par suite de cette infection pyohémique que la rate se trouve augmentée de volume de manière tout à fait exceptionnelle puisqu'on la rencontre habituellement diminuée de volume, ainsi que nous l'avons indiqué depuis longtemps ». (Tripier).

OBSERVATION XX

Collection Tripier. Observ. 1.053).

Cancer prépylorique étendu et ulcéré.

Rate : 200 gr.

3° Dans le cancer de l'estomac, la rate peut encore s'hypertrophier par le fait d'une affection intercurrente. Le néoplasme gastrique n'immunise pas le malade contre la granulie, les infarctus de la rate, ni même contre la cirrhose hépatique.

4° Dans quelques cas rares cependant, la cause de l'hypersplénie ne peut être reconnue, malgré de minutieuses recherches.

B. CONSÉQUENCES CLINIQUES

Le cancer gastrique prend le masque d'un grand nombre de syndromes abdominaux. Nous n'en voulons pour preuve que la multiplicité des signes décrits et dont quelques-uns n'ont eu qu'un succès passager.

Le cancer de l'estomac simule parfois la cirrhose hépatique. Ce sont ces cas où l'invasion néoplasique du péritoine donne naissance à de l'ascite ; ou encore la masse néoplasique partant de l'estomac évolue vers l'hypocondre droit et fait penser à un gros foie. Telle l'observation IV, résumée plus haut et que nous reproduisons en cette place avec les réflexions de Tripier.

OBSERVATION IV

(Résumée plus haut, accompagnée des réflexions de Tripier).

Résumé clinique. — Troubles gastriques depuis quelque temps, mis sur le compte de l'alcoolisme. Puis apparition d'une symptomatologie clinique de cirrhose : ascite, un peu de circulation complémentaire, mais on ne pouvait apprécier le volume de la rate. Mais le diagnostic fut réformé lorsqu'on eut trouvé

un peu de sang dans les selles par la réaction de Weber et lorsque ayant ponctionné l'ascite, on sentit une grosse masse prise pour un foie cancéreux secondaire. Vers la fin apparurent la cachexie, des vomissements fréquents, sans hémartémèse.

Autopsie. — Cadavre très cachectique. Abdomen. L'estomac présente un cancer colloïde sur tout le pourtour du pylore et sur une partie de l'antra pylorique. Il est formé d'un tissu brillant rouge jaune, ressemblant à de la gelée de groseille. Au centre, il y a une ulcération de l'étendue de la paume de la main, entourée à la périphérie par un tissu bourgeonnant. En incisant la tumeur, on voit que la lésion s'étend dans toute l'épaisseur et on la retrouve sur la face péritonéale et avec le couteau on a la sensation de petits points calcaires situés en plein tissu néoplasique. Le volume total de la tumeur n'est pas très étendu, quoiqu'elle occupe le pourtour de l'orifice pylorique et s'étende sur 8 à 10 cent. à la partie postérieure de la région prépylorique.

Le grand épiploon est entièrement envahi et transformé en une masse colloïde présentant une épaisseur de 2 à 4 cent., suivant les points. Il est formé de tissu jaunâtre, rougeâtre par places, translucide, avec des points plus jaunes dégénérés.

Le mésentère, le péritoine pariétal et viscéral, les ganglions sont envahis. Les noyaux secondaires sont translucides, comparables à la gelée jaunâtre ou rougeâtre et de volume variant de la tête d'une épingle à une noisette.

Foie : 1.250 gr. Pas de noyaux à son intérieur mais ils sont nombreux à sa surface péritonéale.

Rate : 70 gr. Très petite.

Réflexions de Tripier : « Ce cas est intéressant au point de vue clinique, parce que, ayant affaire à un alcoolique, on a cru tout d'abord à l'existence d'une cirrhose hépatique, et que c'est une erreur de diagnostic qui a été souvent commise, en pareille circonstance, c'est-à-dire, lorsque le péritoine est en-

vahi par le néoplasme et que la présence du liquide dans la cavité péritonéale fait croire à une ascite sous la dépendance d'une cirrhose, d'autant que dans les cas de ce genre, le liquide de la cavité abdominale empêche de se rendre compte du volume du foie et surtout de la rate qui permettrait de trancher la question ; celle-ci étant ordinairement volumineuse dans la cirrhose hépatique et au contraire, petite dans le cancer de l'estomac.

Dans les cas où le diagnostic est douteux entre une cirrhose hépatique et un cancer de l'estomac, si l'on peut constater sûrement une augmentation de volume de la rate, la possibilité de cancer doit être écartée ».

L'ascite est souvent un obstacle considérable pour la palpation et la percussion de la rate. Dans les cas où l'on hésite entre la cirrhose hépatique et le néoplasme gastrique, il faut faire la paracentèse. L'exploration de la rate devient, en général, des plus faciles, après l'évacuation du liquide ascitique.

CHAPITRE II

La rate dans les cancers du foie

Le cancer du foie se présente, soit comme un cancer primitif avec ses modalités de cancer massif — de cancer nodulaire — d'adéno-cancer avec cirrhose ; soit comme un cancer secondaire. Le cancer nodulaire primitif et le cancer secondaire réagissent de façon identique sur le volume de la rate : on peut donc les confondre dans cette étude.

Nous allons étudier le volume de la rate dans ces diverses formes de cancer hépatique en trois paragraphes.

- 1° Dans les cancers massifs du foie.
- 2° Dans les adéno-cancers avec cirrhose.
- 3° Dans les cancers secondaires.

1° VOLUME DE LA RATE DANS LE CANCER MASSIF DU FOIE

Un mécanisme général semble expliquer l'hyper-trophie de la rate dans les maladies du foie. C'est

par l'intermédiaire de la cirrhose hépatique que se constitue l'hypertrophie splénique. Dans le cancer massif, l'évolution des lésions est tellement rapide (la mort survient en 3 à 5 mois) que la cirrhose hépatique n'a pas le temps de s'édifier : la rate reste petite.

La rate en effet est peu volumineuse, dans les observations suivantes de cancer massif empruntées à la thèse de Gilbert.

OBSERVATION XXI

(Thèse de Gilbert. Observ. II).

Cancer massif des lobes hépatiques droit et gauche.

Histoire clinique. — Le malade est resté 14 ans en Afrique où il a contracté la fièvre intermittente et une diarrhée qui a duré plusieurs mois. Il cesse son service le 22 janvier.

Autopsie. — Le 3 mai. — Le foie pèse 1.920 gr. Le tissu du foie est, en dehors de la néoplasie d'un brun rouge assez foncé, sans aucune trace ictérique.

La rate est petite et dure.

OBSERVATION XXII

(Thèse de Gilbert. Observ. IV).

Cancer massif du lobe droit du foie.

La matité hépatique commence en haut au niveau d'une ligne passant par les deux mamelons, à 7 cent. au-dessus de l'appendice xyphoïde. A sa limite inférieure, elle décrit une courbe qui passe à 6 cent. au-dessous de l'ombilic. Dans son diamètre vertical, elle mesure 29 cent.

Autopsie (quatre mois environ après le début de la maladie).

Le foie pèse 9 k. 500.

La rate est petite.

OBSERVATION XXIII

(Thèse de Gilbert. Observ.¹ V).

Cancer massif du lobe droit du foie. Carcinose secondaire des ganglions du hile, des ganglions gastro-hépatiques et péri-pancréatiques, du péritoine, du poumon gauche et des ganglions bronchiques gauches.

Foie énorme, présentant à sa surface environ dix masses dures légèrement ombiliquées, à volume d'une grosse pomme.

Rate petite ; saine.

Dans quelques cas exceptionnels, le cancer massif évolue en même temps qu'une cirrhose. Cette forme de cancer massif a été signalée par Gilbert dans sa thèse : « L'association du cancer massif et de la cirrhose est exceptionnelle. Elle a été notée dans deux cas seulement, dont l'un est peu probant. Son existence était facilement reconnaissable dans le cas suivant, à la métamorphose carcinomateuse du lobe droit et aux granulations cirrhotiques du lobe gauche ».

OBSERVATION XXIV

(Thèse de Gilbert. Observ. VIII).

Cirrhose atrophique et cancer massif du lobe hépatique droit. Le foie pèse 2.500 gr.

La rate, augmentée de volume pesait 200 gr. et son tissu paraissait atteint d'une ulcération sclérotique comme le faisaient penser les stries fibroïdes que l'on remarquait sur la coupe. Cette lésion était en rapport avec la sclérose atrophique qui existait sur les régions du foie échappées à l'altération carcinomateuse. »

Malgré ce cas un peu contradictoire, on peut dire que dans le cancer massif du foie, la rate est atrophiée.

2° VOLUME DE LA RATE
DANS LES ADÉNO-CANCERS AVEC CIRRHOSE

Les classiques font de l'hypertrophie splénique un symptôme constant de l'adéno-cancer avec cirrhose. Ainsi Lancereaux, dans son traité des maladies du foie et du pancréas, parlant de l'épithéliome acineux du foie : « La rate, dont l'examen ne doit pas être négligé, est toujours augmentée de volume par suite de la stase provenant de l'état cirrhotique du foie ». Bien plus, il fait du volume de la rate un moyen de diagnostic entre l'adéno-cancer et le cancer secondaire du foie : « Le diagnostic différentiel des épithéliomes primitifs et secondaires du foie, si on tient compte de la physionomie si particulière des premiers, est en somme facile. L'ictère et l'ascite, symptômes pour ainsi dire constants dans l'épithéliome acineux sont, au contraire, relativement rares dans l'épithéliome secondaire, tandis que la rate toujours augmentée de volume dans la première de ces affections reste normale dans la dernière ».

Nous empruntons, à l'article publié par Cade et Savy dans un numéro du *Lyon Médical* de 1908, les observations si démonstratives et les remarques si judicieuses concernant l'état de la rate dans l'adéno-cancer avec cirrhose.

Nous les ferons suivre d'un cas de Tripier qui, pensons-nous, n'a pas été publié.

OBSERVATION XXV

(Article Cade et Savy. Observ. I).

Un homme de 65 ans, éthylique, entre le 12 février 1906 à la clinique. Il se dit malade depuis trois ans. Il a éprouvé un affaiblissement progressif de ses forces, il a perdu l'appétit, il a considérablement maigri. Il se plaint de ressentir des douleurs sourdes dans la région hépatique.

Ce malade présente une teinte subictérique nette des conjonctives. Son ventre est volumineux, tendu. La palpation permet de noter que le foie déborde de trois travers de doigt le rebord costal. La surface de cet organe paraît lisse, son bord tranchant est régulier. Sa consistance est très notablement accrue.

Il existe une ascite légère. De même la circulation veineuse complémentaire de la paroi abdominale est très discrète. La *matité splénique est un peu augmentée d'étendue*.

.....

L'urine émise en petite quantité (600 cc. en 24 h.) contient de l'albumine, des sucres réducteurs, peu de pigments biliaires, beaucoup d'urobiline. On relève dans l'analyse, pratiquée ce jour-là, les chiffres suivants :

Urée, 2 gr. 43.....	en 24 heures.
Phosphates, 1 gr. 48..	—
Chlorures, 7 gr. 27....	—
Sulfates, 2 gr. 40..	—

Quelques jours après (le 19 février) une nouvelle analyse d'urine ne décèle plus que 1 gr. 24 d'urée par 24 heures. On note, dans le même temps l'élimination de 2 gr. 067 de sucres réducteurs.

Le malade se cachectise rapidement et meurt le 8 mars.

Le diagnostic clinique était resté hésitant entre cirrhose hypertrophique alcoolique et cancer du foie.

L'autopsie montre qu'en réalité coexistent les deux processus, mais le terme d'hypertrophique n'était point légitimement attribuable ici à la cirrhose puisque le foie ne pèse que 1.310 gr. La surface de l'organe est manifestement cloutée, sa consistance est très dure. En outre, la coupe révèle dans le lobe droit un gros noyau mou, manifestement néoplasique ; à la face inférieure du foie on trouve un noyau analogue, mais plus petit. Il existe de la périhépatite.

Le péritoine contient un peu de liquide citrin.

La rate est grosse (370 gr.) avec péricapsule.

Les ganglions du hile du foie et les ganglions prépancréatiques sont le siège d'une généralisation néoplasique.

OBSERVATION XXVI

(Cade et Savy. Observ. II).

Il s'agit ici d'un homme âgé de 61 ans qui entre à la clinique le 19 décembre 1905. Cet homme accuse des habitudes éthyliques à un degré très moyen. Il se déclare malade depuis six semaines et se plaint de faiblesse générale, de quelques douleurs vagues à l'épigastre et de chaque côté du thorax, et surtout de phénomènes douloureux dans le membre inférieur gauche. Ces derniers sont sous la dépendance d'une arthrite sèche de la hanche, sur laquelle nous n'insisterons pas d'avantage.

Le malade est très amaigri, il a perdu sept kilos en six semaines. Il présente un ictère net. Son foie est gros, atteint la ligne horizontale passant par l'ombilic. La palpation de cet organe est un peu douloureuse. Pas de circulation complémentaire. Ascite douteuse.

Le pouls est hypotendu. Pas de fièvre.

Les urines sont foncées, très peu abondantes (300 cc. en 24 heures). Elles contiennent un peu d'albumine, beaucoup d'urobiline, peu d'urée (2 gr. 025 par 24 heures). Pas de pigments biliaires normaux, pas de glycosurie alimentaire.

L'évolution de l'affection est très rapide, et le sujet succombe le 13 janvier 1906.

Le diagnostic clinique avait été : cirrhose hypertrophique du foie.

L'autopsie montre qu'il existe bien, en réalité, un gros foie dur, très clouté, avec des granulations de sa surface très irrégulières. Sur la coupe, les tranches de section apparaissent parsemées de nombreux nodules jaune or, de volume irrégulier, allant de celui d'une tête d'épingle à celui d'une lentille. Il existe enfin, à la face inférieure du foie, un noyau beaucoup plus volumineux, également jaune, de consistance dure et donnant du suc au raclage.

Il n'y a qu'une légère ascite.

Les ganglions du hile du foie et préaortiques sont gros comme des amandes et montrent des ilots de généralisation d'un beau jaune d'or.

La rate est grosse (200 gr.).

OBSERVATION XXVII

(Cade et Savy. Observ. III).

Cette observation a déjà été publiée antérieurement dans les bulletins de la société à propos d'un travail sur le cancer du foie chez les jeunes sujets. Elle a trait, en effet à un garçon de 29 ans, non éthylique, mais suspect de bacillose, entré à la clinique à la fin d'octobre 1905. Malade depuis deux mois seulement, il se présente très amaigri, très affaibli, facilement dyspnéique. Ses jambes sont œdématiées, son abdomen, très volumineux, est le siège d'une abondante ascite hémorragique et présente un lacis veineux sous-cutané très développé. La circulation complémentaire surtout médiane pubo-xyphoïdienne, évoque, par sa localisation et son intensité, l'hypothèse de la compression de la veine cave inférieure. Il existe, en outre, dans la plèvre droite un épanchement hématique.

Ce malade meurt après un mois seulement de séjour à l'Hôtel-Dieu et nous trouvons un foie volumineux, pesant 2 k. 360. Cet organe est dur, mamelonné, granuleux et contient dans son lobe gauche une masse néoplasique très volumineuse, unique. Cette masse comprime et oblitère la veine cave inférieure. Elle est constituée histologiquement par un épithélioma

à disposition surtout alvéolaire et à cellules, en général polyédriques. En outre, tout le reste du parenchyme est parsemé de travées scléreuses plus ou moins épaisses, enserrant des ilots plus ou moins volumineux de lobules. Les cellules hépatiques y sont souvent le siège d'une stéatose très marquée, qui prédomine au centre des lobules.

La rate est volumineuse (470 gr.). Le diaphragme, dans sa portion sus-hépatique, contient un noyau néoplasique, dont la nature est affirmée indiscutablement par l'examen histologique.

« L'état de la rate chez nos malades ne pouvait manquer d'attirer notre attention. Or dans tous les cas, elle était grosse (270 gr., 200 gr., 470 gr.). Elle l'était également dans les faits réunis par Nazari. Elle semble donc être surtout influencée par le processus sclérosant hépatique, qui s'accompagne classiquement, on le sait, d'une splénomégalie plus ou moins marquée. Le processus néoplasique aurait plutôt une tendance contraire (Tripier). La constatation clinique d'une hypertrophie de la rate chez un sujet soupçonné de néoplasme hépatique, devrait donc faire penser à l'association possible des processus cirrhotique et néoplasique ».

OBSERVATION XXVIII

(Collection Tripier. Autopsie du 22 nov. 1907).

Adénome du foie, avec cirrhose. Homme de 43 ans, mort avec de l'ictère grave. Ancien colonial ayant eu la dysenterie et présentant actuellement une diarrhée persistante. On pense à un abcès du foie et le malade meurt la veille du jour où il devait être opéré.

Autopsie. — Rate un peu grosse.

« A remarquer le volume peu augmenté de la rate malgré la cirrhose, en raison sans doute de la co-existence du néoplasme (Tripier) ».

Nous proposons cette autre explication : ce malade s'est cachectisé rapidement, à cause de sa diarrhée persistante. Le

cancer et la cirrhose ne sont pas arrivés à leur ultime degré : la rate n'a subi qu'une hypertrophie modérée.

3° VOLUME DE LA RATE DANS LES CANCERS SECONDAIRES DU FOIE

L'opinion de Lancereaux sur le volume de la rate dans les cancers secondaires du foie a déjà été citée plus haut : la rate n'est pas hypertrophiée et ce symptôme négatif est très utile à rechercher pour distinguer les cancers secondaires des adéno-cancers et des cirrhoses hépatiques.

Même constatation dans le traité de médecine de Enriquez, Lafitte et Lamy : « Dans le cancer secondaire du foie, la rate n'est pas augmentée de volume : c'est là un symptôme négatif très important qui permet de distinguer le cancer de la plupart des cirrhoses. »

CHAPITRE III

La rate dans les cancers des voies biliaires extrahépatiques

Faute d'observations suffisamment nombreuses, les cancers de la vésicule biliaire seront laissés de côté. Nous n'en n'avons trouvé qu'un cas dans la thèse de Ruthion, où la rate était normale et deux dans la collection de Tripier. Dans l'un, la rate était nettement atrophiée, 110 grs ; dans l'autre, elle présentait une hypertrophie marquée. Dans ce dernier fait, le processus cancéreux s'était propagé aux voies biliaires extrahépatiques et c'est peut-être par le mécanisme de la cirrhose hépatique ascendante que la rate avait pris un grand développement.

Les cancers de l'ampoule de Water sont trop rares pour mériter une étude spéciale. D'ailleurs le volume de la rate est variable dans le néoplasme Waterien : tantôt normal, tantôt augmenté, tantôt diminué. C'est l'impression que nous tirons des quelques cas trouvés dans la collection Tripier.

On n'est guère mieux fixé sur le volume de la rate dans les cancers des canaux collecteurs de la bile. Le débat est ancien déjà et n'a pas été résolu encore. Nous empruntons à l'article de Devic et Gallavardin, quelques-unes de leurs conclusions. La Revue générale que Rhenster et Rebattu ont consacrée au même sujet, quelques années plus tard, n'a fait que confirmer les idées des auteurs précédents.

« La rate a été trouvée assez souvent hypertrophiée. Son volume était très notablement augmenté dans 9 cas. Elle pesait 370 grs. dans le cas de Bezangon, 380 dans le nôtre et son plus grand diamètre mesurait souvent 14 à 18 cm. dans les autres cas. La possibilité de cette hypertrophie splénique est très importante à noter et nous aurons l'occasion d'y revenir au sujet de la symptomatologie et du diagnostic.

« Nous avons cité des observations de cancer des canaux biliaires dans lesquelles un ictère chronique parfois de longue durée (dix-neuf mois) avec rémission et même décoloration des matières fécales, s'était accompagné d'une hypertrophie très marquée du foie et de la rate et qui furent prises pour des cirrhoses hypertrophiques. Nous tenons de nouveau à insister sur la possibilité de l'hypertrophie splénique au cours des obstructions cancéreuses des canaux biliaires, lésion qui est, sans doute, sous la dépendance de la cirrhose biliaire ascendante. Nous y insisterons d'autant plus volontiers que la valeur

de cette hypertrophie de la rate ne semble pas avoir été interprétée de façon exacte par Lancereaux :

« La cirrhose, écrit cet auteur, celle surtout qui s'accompagne d'un ictère chronique est également difficile à séparer du cancer des voies biliaires : il y a en effet, dans les deux affections de la maigreur, un dépérissement progressif, une augmentation du volume de la glande hépatique, sans ascite. Toutefois, la marche de la cirrhose est un peu rapide, comparée à celle du cancer : mais un signe qui, tout dernièrement m'a été du plus grand secours est fourni par le volume de la rate qui, normal dans le cancer des voies biliaires, augmente toujours dans la sclérose hépatique et acquiert un volume considérable lorsque cette cirrhose reconnaît une origine palustre. Une femme âgée de soixante ans, atteinte d'un ictère verdâtre datant d'environ dix mois fut examinée par un de mes internes qui diagnostiqua, en raison de l'âge et de la maigreur, un épithéliome des voies biliaires.. Partant de ce fait, que cette affection ne modifie pas l'état de la rate, je m'empressai de déterminer les dimensions de cet organe et ayant trouvé son volume augmenté, j'en conclus qu'il s'agissait d'une cirrhose, ce qui fut vérifié ».

L'opinion de Lancereaux semble trop absolue. On doit admettre, avec Devic et Gallavardin, une forme de cancer des voies biliaires qui simule la cirrhose hypertrophique biliaire.

La thèse d'Houssin contient, d'ailleurs, un exem-

ple de cancer du canal hépatique où les signes cliniques firent faire le diagnostic de cirrhose hypertrophique.

OBSERVATION XXIX

(Thèse d'Houssin. Observ. XI).

A l'examen clinique, la matité splénique va de la huitième côte jusqu'à deux travers de doigts sous le rebord costal. En arrière, elle atteint la ligne axillaire postérieure. Elle se confond en avant avec la matité hépatique. On peut palper la rate qu'on sent, dans les profondes inspirations, à deux travers de doigts sous le rebord costal.

A l'autopsie : rate grosse, ramollie, à capsule épaisse, gris blanchâtre, foncée, parsemée de taches blanches. Parenchyme mou, gris, rougeâtre, diffus. Dimensions en centimètres : 14,5 — 9 — 3,5.

Cancer du canal hépatique au niveau de sa division en deux branches.

Rhenter et Rebattu admettent cette forme de cancer des canaux biliaires simulant la cirrhose hypertrophique biliaire, mais ils en font remarquer la rareté : « Cette forme sert de cadre à quatre cas, où l'on trouve, à côté de l'ictère chronique un gros foie et une grosse rate et où l'autopsie révéla un cancer du segment sous hépatique (trois fois pour l'hépatique, une fois pour le confluent). De cette forme, dont l'importance est, on le voit, considérable au point de vue diagnostique, nous ne pouvons rien dire, sinon qu'elle semble assez rarement se présenter en clinique, puisque aucune de nos observations ne mentionne de grosse rate au moins cli-

niquement et que sa fréquence se trouve réduite de ce fait à 4 cas sur 79 ».

Nous concluons donc qu'il est difficile de donner une règle générale concernant le volume de la rate dans le cancer des canaux collecteurs de la bile, mais que la coexistence d'un gros foie, d'une grosse rate et d'un ictère ne doit pas nécessairement faire poser le diagnostic de cirrhose hypertrophique biliaire.

CHAPITRE IV

La rate dans les cancers du pancréas

Une certaine incertitude règne encore, malgré de nombreux travaux, quand il s'agit de déterminer le volume de la rate dans les cancers pancréatiques. C'est qu'il est aisé de grouper des observations de néoplasme du pancréas où la rate est atrophiée et d'autres cas où, au contraire, il y a hypertrophie.

Pour Junquet, la rate est généralement atrophiée dans le cancer pancréatique : « Dans le cancer du pancréas, la rate n'est pas en général hypertrophiée ; elle a un petit volume, c'est la rate cancéreuse, 90 grammes (Obs. I). — 155 grammes (Obs. IV et V). Dans le néoplasme des canaux biliaires son hypertrophie accompagne, habituellement, celle du foie ». Les observations suivantes cadrent bien avec l'opinion de Junquet.

OBSERVATION XXX

(Résumée, due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Savy).

Diagnostics successifs :

A l'examen clinique. — Tumeur gastrique.

A l'ouverture opératoire. — Néoplasme du mésentère.

A l'autopsie. — Cancer du corps et de la queue du pancréas. Nombreux ganglions mésentériques. Généralisations gastriques sous-muqueuses.

Observation clinique résumée. — Entrée, le 17 mai. On trouve à la palpation une tumeur de l'épiploon, bombée. On peut en faire le tour par en bas, mais non par en haut. Par exclusion, on pense à une tumeur gastrique.

Le 18 mai, la laparotomie montre une tumeur et des ganglions du mésentère, probablement du cancer, peut-être de la tuberculose. Des ganglions nombreux, durs, recouverts d'une séreuse enflammée existent également au-dessous et au-dessus du pancréas. Légère ascite. Exérèse impossible. On ferme.

Légère suppuration de la paroi, d'aspect pus froid.

Autopsie. — Cadavre œdématié.

Un peu de liquide dans la plèvre gauche, adhérences lâches au niveau de la plèvre droite.

Un peu d'ascite. Le mésentère est complètement infiltré d'énormes masses ganglionnaires. En outre, on sent une tumeur qui paraît rétropéritonéale.

Pancréas. — On trouve une nappe et des noyaux cancéreux localisés au niveau du corps et de la queue avec intégrité de la tête. Dans l'intervalle, on reconnaît le tissu pancréatique, dont quelques espaces seulement ont conservé leur aspect normal.

Estomac. — Généralisation sous-muqueuse représentée par de nombreux petits noyaux disséminés sur toute l'étendue de l'organe sans ulcération.

Ganglions. — Les ganglions mésentériques sont complètement envahis.

Foie, putréfié, sans généralisation, 1.020 gr.

Rate flétrie, poids, 90 gr.

Reins putréfiés, présentant une dilatation des calices et des bassinets bilatérale, mais surtout à gauche avec pyonéphrose par rétention.

Poids : Rg : 170 gr.

Rd : 130 gr.

Vésicule biliaire. — Grosse comme le poing, renferme de la bile jaune, abondante, sans calculs.

Poumons. — Poumons gauche : épanchement séreux moyen. Atélectasie de la base gauche. Emphysème compensateur dans tout le reste du poumon.

Poumon droit : symphyse totale absolue. Léger œdème. Pas de tuberculose, ni généralisation.

OBSERVATION XXXI

(Lancereaux. Maladies du Foie et du Pancréas, page 848).

Epithéliome pancréatique limité à la tête de l'organe. Oblitération du canal de Wirsung.

La rate petite, pèse 80 gr.

OBSERVATION XXXII

(Lancereaux. Maladies du Foie et du Pancréas).

Epithéliome du corps du Pancréas et glycosurie. Compression du plexus solaire. Teinte bronzée de la peau. Coma et mort.

Rate : 120 gr.

OBSERVATION XXXIII

(Bard et Pic. Etude du cancer primitif du Pancréas. Obser. II).

Cancer de la tête du Pancréas.

Rate : 155 gr., cohérente, un peu fibreuse.

OBSERVATION XXXIV

(Pic et Tolot. Province médicale).

Tumeur qui s'est développée au niveau de la partie moyenne du corps du Pancréas, et en particulier aux dépens de sa partie postéro-supérieure.

La rate présente de nombreux infarctus cancéreux. Elle est petite : 125 gr.

Les observations précitées sont favorables à l'opinion de Junquet, mais il est d'autres faits qui sont en opposition avec elle. Dans les cas suivants le cancer pancréatique s'accompagne d'hypersplénie.

OBSERVATION XXXV

(Lancereaux. *Loco-citato*).

Epithéliome de la tête du pancréas. Obstruction du canal cholédoque. Compression de l'artère mésentérique supérieure.

La rate est volumineuse et ferme.

OBSERVATION XXXVI

(Thèse de de Charette. Observ. I).

Pancréas totalement infiltré par des masses néoplasiques, avec des noyaux ganglionnaires qui, en arrière, enserrant la veine cave et l'aorte.

A l'examen clinique, la matité splénique se perçoit sur quatre à cinq travers de doigt et on sent au-dessous des fausses côtes gauches une masse dure qui est, peut-être un prolongement à gauche de la tumeur médiane ou une généralisation splénique.

Autopsie. — Rate : 340 gr. La rate a de la périsplénite, mais pas de noyau de généralisation.

OBSERVATION XXXVII

(Thèse de de Charette. Observ. V).

Tumeur néoplasique au niveau du corps et de la queue du pancréas.

Rate : 250 gr.

OBSERVATION XXXVIII

(Thèse de de Charette, Observ. IX).

Cancer du corps du pancréas.

Examen. La rate est un peu grosse, dépasse les fausses côtes, est nettement perçue à la palpation.

Autopsie. La rate est augmentée de volume et congestionnée. Poids : 490 gr.

En face de cette contradiction des faits, que doit-on conclure touchant le volume de la rate dans le cancer pancréatique ?

Il faut admettre une forme de cancer du pancréas qui s'accompagne de compression des canaux biliaires, d'ictère et d'hypersplénie. C'est la conclusion de Perdu (Essai sur les formes cliniques du cancer primitif du pancréas). Nous citerons trois de ses observations et une partie des commentaires qui les accompagnent.

« Le cancer du pancréas, comme l'indique une observation de M. Paviot, recueillie dans le service de M. Humbert Mollière, comme le montre la lecture du mémoire de nos camarades d'internat MM. Choupin et Molle (*Loire Médicale* 1893) a, dans

plusieurs cas, été pris pour une cirrhose hypertrophique du foie.

L'erreur était d'autant plus excusable que, dans plusieurs cas et notamment dans un de ceux que nous signalons, la rate était hypertrophiée.

Nous croyons devoir attirer l'attention sur cette hypertrophie plus souvent signalée dans la forme clinique qui nous occupe que dans toute autre. »

OBSERVATION XXXIX

(Perdu. Observ. III).

Cancer de la tête. Rate, 240 gr., normale à la coupe.

« Cette observation nous semble intéressante parce qu'elle montre la difficulté du diagnostic du cancer primitif dans certains cas.

La rate, dont la moitié était appréciable, a fait porter à Monsieur le Professeur Cénas, le diagnostic de cirrhose hypertrophique, à l'entrée du malade. Le diagnostic parut se confirmer par l'amélioration primitive.

En somme, ce qui constitue la particularité de cette observation, c'est l'hypertrophie relative du foie et l'absence de tuméfaction de la vésicule biliaire. Nous pouvons expliquer l'hypertrophie du foie par une cirrhose concomitante de l'affection pancréatique, venant en masquer les symptômes et en écarter l'idée : l'hypertrophie parallèle de la rate venait évidemment apporter une preuve en cette faveur. »

OBSERVATION XL

(Perdu. Observ. V).

Cancer du pancréas. Compression du canal hépatique. Atrophie de la vésicule biliaire. Cirrhose biliaire.
Rate hypertrophiée.

OBSERVATION XLI

(Perdu. Observ. XIII).

Cancer du pancréas.
Cirrhose hypertrophique biliaire.
La rate pèse 500 gr.

Cette forme de cancer du pancréas avec splénomégalie est notée aussi par Gilbert et Thoinot dans leur traité des maladies du pancréas : « Dans le cancer du pancréas, parallèlement à l'augmentation de volume du foie, on a parfois noté une hypertrophie correspondante de la rate. Dans le cas de Mirallié, la splénomégalie a rétrocedé en même temps que l'hépatomégalie. »

En s'appuyant sur les faits, on peut dire : Le cancer du pancréas s'accompagne généralement d'atrophie splénique ; dans quelques cas, cependant, la rate est augmentée de volume.

Est-il possible d'apporter plus de précision à cette règle ? Réserve faite de quelques observations contradictoires, on peut dire que dans le cancer de la *Tête* du pancréas, avec obstruction des voies biliaires, il y a splénomégalie ; que dans le cancer de la *Queue ou du Corps* de cet organe, la rate est géné-

ralement atrophiée. Cette règle est loin de s'appliquer à tous les cas : dans une observation de de Charette (Obs. IX) un cancer du corps du pancréas s'accompagne de splénomégalie très nette (Rate 490 gr.) ; inversement la collection de Tripier contient une observation de cancer de la tête avec atrophie manifeste.

OBSERVATION XLII

(Collection Tripier. Observ. 643).

Cancer de la tête du pancréas avec adhérences au duodénum ulcéré : rétention biliaire avec dilatation très prononcée du cholédoque, du canal cystique et de la vésicule biliaire, ainsi que des canaux hépatiques avec teinte ictérique du foie et de tous les organes. Généralisation de la tumeur aux ganglions voisins, au foie et aux poumons.

Rien de particulier du côté de la rate qui est petite et ne pèse que 105 gr.

CHAPITRE V

La rate dans les autres cancers abdominaux (en particulier dans le cancer du gros intestin, du rein), de l'utérus et des annexes.

Les observations qui constituent la base de ce chapitre ont toutes été puisées dans la collection Tripier. Nous les exposerons dans l'ordre suivant :

- 1° Cancer du gros intestin.
- 2° Cancer du rein.
- 3° Cancer de l'utérus et des annexes.

I. — CANCER DU GROS INTESTIN

« Dans le cancer du rectum, le volume de la rate serait plutôt diminué, mais c'est un fait constant dans les cancers du tube digestif, et encore plus dans le cancer de l'estomac, sans qu'il soit possible de l'expliquer pour le moment en raison des notions encore bien restreintes que nous possédons sur les fonctions de cet organe. (Tripier) ».

On peut en dire autant des cancers de l'S iliaque. Nous groupons ci-après trois cancers de l'S iliaque avec atrophie très marquée de la rate et trois cancers du rectum où la diminution de volume est moins nette.

OBSERVATION XLIII

(Collection Tripier. Observ. Mirguct).

Cancer de l'S iliaque.

Rate : 40 gr.

OBSERVATION XLIV

(Collection Tripier. Observ. Bruno).

Cancer de l'S iliaque. Généralisation au foie.

Rate petite et diffluyente, elle pèse 90 gr.

OBSERVATION XLV

(Collection Tripier. Observ. 596).

Cancer de l'S iliaque.

Rate très petite.

OBSERVATION XLVI

(Collection Tripier. Observ. 772).

Cancer du Rectum, propagation à la face postérieure de l'utérus. Généralisation hépatique.

Rate : 105 gr.

OBSERVATION XLVII

(Collection Tripier. Observ. 775).

Cancer du rectum. Rate : 160 gr.

OBSERVATION XLVIII

(Collection Tripier. Observ. 1.004).

Petit cancer du rectum. Rate : 165 gr.

II. — CANCER DU REIN

Nous avons pu réunir sept cas de cancer du rein où le poids de la rate a été noté à l'autopsie. Une fois encore semble en défaut la règle générale de Tripier, reproduite en tête de notre travail. La rate est ordinairement hypertrophiée dans le cancer rénal.

OBSERVATION XLIX

(Collection Tripier. Observ. 12).

Cancer du rein gauche. Rate petite : 120 gr.

OBSERVATION L

(Collection Tripier. Observ. 123).

Tumeur du rein. La rate est au moins triplée de volume.

OBSERVATION LI

(Collection Tripier. Observ. 293).

Cancer du rein droit avec généralisation à la rate.
Rate : 500 gr.

OBSERVATION LII

(Collection Tripier. Observ. 563).

Cancer de la capsule surrénale et du rein droit.

Rate : 270 gr.

OBSERVATION LIII

(Collection Tripier. Observ. 745).

Cancer primitif du rein gauche. Généralisation pulmonaire.

Rate : 115 gr.

OBSERVATION LIV

(Collection Tripier. Observ. 835).

Rein droit cancéreux enlevé, il y a six mois. Extension et métastase.

Rate : 185 gr.

OBSERVATION LV

(Collection Tripier. Observ. 1.047).

Cancer de la capsule surrénale et du rein gauche.

Rate : 270 gr.

III. — CANCER DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES

Sauf un cas (obs. 1026) où la rate est plutôt un peu grosse, d'une façon constante, dans les observations de néoplasme utérin publiées ci-après, la rate est diminuée de volume. Elle est atrophiée ausssi dans le seul exemple de cancer de l'ovaire contenu dans la collection Tripier.

OBSERVATION LVI

(Collection Tripier. Observ. 256).

Cancer de l'utérus avec généralisation aux ganglions, au pancréas et au foie.

Rate : 135 gr.

OBSERVATION LVII

(Collection Tripier. Observ. 294).

Cancer de l'utérus.

Rate : 100 gr.

OBSERVATION LVIII

(Collection Tripier. Observ. 815).

Cancer du col de l'utérus. Propagation et généralisation.

Rate : 140 gr.

OBSERVATION LIX

(Collection Tripier. Observ. 1.026)

Cancer de l'utérus.

Rate plutôt un peu grosse.

OBSERVATION LX

(Collection Tripier. Observ. Ginet).

Carcinome utérin. Généralisation au foie, aux plèvres et aux poumons.

La rate est petite.

OBSERVATION LXI

(Collection Tripier. Observ. 1.109).

Néoplasme de l'ovaire, ascite considérable due à la carcinose péritonéale.

Rate : 60 gr.

CHAPITRE VI

Les généralisations cancéreuses à la rate

Au chapitre du volume de la rate dans le cancer gastrique, les généralisations cancéreuses à la rate ont été envisagées de façon très rapide. Il est utile d'y revenir d'une manière plus détaillée. L'atrophie de la rate, en effet, ne pourrait servir de base au diagnostic entre le cancer de l'estomac et la cirrhose hépatique, si les métastases spléniques du cancer n'en faisaient qu'un signe trompeur, parce que trop inconstant.

Nous allons essayer de montrer :

1° Que les généralisations cancéreuses à la rate existent.

2° Que ces métastases sont rares.

1° LES GÉNÉRALISATIONS CANCÉREUSES A LA RATE EXISTENT

C'est l'avis de Cornil et Ranvier (in *Histologie pathologique*) qui mettent en parallèle les cancers primitifs et les cancers secondaires de la rate.

« Le carcinome secondaire y a été sûrement observé, à la suite de tumeurs de l'estomac, du sein, du foie, du cerveau. Ces productions se montrent sous forme de nodules ou d'infiltration qui reproduisent exactement les caractères du tissu et des éléments cellulaires de la tumeur primitive. »

C'est aussi l'opinion de Bouchard et Brissaud dans leur traité de Médecine.

« Le cancer secondaire de la rate est consécutif à une tumeur d'un autre organe spécialement du foie, des reins, de l'estomac, des ganglions rétropéritonéaux. Il affecte deux formes : tantôt la rate est infiltrée et subit une hypertrophie en masse ; tantôt elle est déformée par des noyaux isolés ou confluents, entourés de tissu sain ou de sclérose ».

Les observations suivantes illustreront les conclusions générales des auteurs cités plus haut. Elles sont empruntées :

a) Aux thèses de Princhard, de Sanerot, de de Charette.

b) Au travail original de Bard et Pic, sur le cancer primitif du pancréas.

c) A la collection Tripier.

OBSERVATION LXII

(Collection Princhard. Observ. I).

Carcinome primitif de la grosse tubérosité de l'estomac.

Le parenchyme splénique est envahi de productions néoplas-

siques qui se disposent soit en vastes nappes homogènes, soit en traînées perdues au sein des éléments normaux.

OBSERVATION LXIII

(Thèse de Sanerot. Observ. VI).

Ulcération cancéreuse de l'estomac.

L'estomac est adhérent à la rate et ne peut être enlevé qu'en masse avec elle. L'ouverture de la petite courbure montre une énorme ulcération, large comme la paume de la main, à bords taillés à pic, mous, blafards, pénétrant dans la rate, ayant pour fond le tissu splénique. L'ulcération s'enfonce à travers le hile, dissociant les branches de l'artère splénique. Il est impossible de séparer les deux organes l'un de l'autre, et le fragment prélevé pour l'examen histologique montre la fusion de la paroi gastrique avec le tissu splénique.

OBSERVATION LXIV

(Th. de de Charette. Observ. VII).

Turneur qui s'est développée au niveau de la partie moyenne du corps du pancréas, et en particulier aux dépens de sa partie postéro-supérieure.

La rate présente de nombreux infarctus cancéreux.

OBSERVATION LXV

(Art. Bard et Pic. Observ. I).

Cancer de la tête du pancréas ; dilatation de la vésicule biliaire ; noyaux secondaires dans le foie.

Rate : 180 gr. On trouve tout à fait à la périphérie de l'organe quelques nodules cancéreux très petits ; point dans la profondeur.

OBSERVATION LXVI

(Collection Tripier. Observ. 541).

Tumeur de la joue guérie par cautérisation. Généralisation aux ganglions du cou du même côté, au foie, aux ganglions du hile du foie et prépancréatiques, à la rate et aux poumons.

La rate augmentée de volume et de poids (480 gr.) n'offre rien de particulier à l'extérieur. Mais les coupes font découvrir 8 à 10 nodules cancéreux du volume d'un gros pois, au sein de son tissu.

OBSERVATION LXVII

(Collection Tripier. Observ. 293).

Cancer du rein droit avec généralisation à la rate.

La rate volumineuse présente un noyau de généralisation cancéreux, sphérique, du volume d'une noix. Son poids est de 500 gr.

OBSERVATION LXVIII

(Collection Tripier. Observ. 890).

Cancer de la petite courbure non ulcéré. Généralisation diffuse dans un foie cirrhotique. Infarctus de la rate avec noyaux secondaires.

Rate volumineuse (390 gr.) avec périsplénite à la coupe, plusieurs noyaux blancs à bord festonné légèrement hémorragique ; plusieurs sont nettement appendus aux vaisseaux.

Dans le pôle inférieur volumineux infarctus : mais la périphérie de l'infarctus est limitée par un léger liseré blanc jaune d'aspect cancéreux dont la teinte se fond peu à peu avec celle de l'infarctus, comme s'il s'agissait d'infiltration sanguine dans un gros noyau cancéreux.

2° LES GÉNÉRALISATIONS CANCÉREUSES
A LA RATE SONT RARES

Sept cas de métastase splénique ont été groupés dans le paragraphe précédent. Il ne faut pas conclure toutefois que ces métastases sont fréquentes. Nous avons dû dépouiller un total de 214 observations de cancer pour arriver à un aussi grand nombre de généralisations néoplasiques à la rate. Nous pourrions presque dire que c'est une série heureuse.

Müller, cité par Ménétrier dans le traité de Médecine de Gilbert et Thoinot, donne une statistique basée sur les protocoles d'autopsie de l'Institut pathologique de Berne de 1856 à 1891 et comprenant 623 cas de tumeurs malignes. Sur ces 623 cas, il n'y a pas un seul exemple de métastase cancéreuse à la rate.

La thèse de Joux conduit à la même conclusion : « Les autres organes à parenchyme, (il met à part le foie, les poumons et les capsules surrenales), tels que *Rate*, reins, corps thyroïde, pancréas, glandes salivaires, glandes mammaires ne nous ont donné aucun cas de généralisation ». Joux cite encore la statistique de Kevisch et Blau portant sur 176 cas de cancer de l'utérus. Parmi eux, il n'y a pas d'exemple de généralisation à la rate.

Pinchart (Etude clinique de la fièvre essentielle dans le cancer de l'estomac et en particulier de sa forme intermittente) semble avoir perdu de vue la rareté des métastases spléniques du cancer : « Dans

le cancer de l'estomac fébrile à forme intermittente, l'hypersplénie est un signe très important pour le diagnostic du paludisme. Mais disons de suite qu'elle est peu marquée dans les formes récentes et que d'autre part on peut trouver à l'occasion du cancer de l'estomac une augmentation de volume de la rate, due par exemple, à un noyau secondaire de cet organe. »

CONCLUSIONS

1° Dans le cancer gastrique, la rate est atrophiée. Les cas exceptionnels où son volume est augmenté tiennent, soit à une infection au niveau du néoplasme ulcéré, soit à une maladie concomitante, soit à une généralisation à la rate du cancer gastrique.

Quand on hésite entre une cirrhose hépatique et un cancer gastrique, on devra nier cette dernière affection, si la rate est nettement hypertrophiée (Tripier).

2° La rate est atrophiée dans le cancer massif du foie ; augmentée de volume dans l'adéno-cancer avec cirrhose ; non modifiée de volume par le cancer secondaire.

3° Pour les cancers des voies biliaires extra-hépatiques on ne peut donner de règle générale. Il y a une forme de cancer des voies biliaires qui s'accompagne d'hypersplénie.

Donc la coexistence d'un gros foie, d'une grosse

rate et d'un ictère permanent ne doit pas nécessairement faire songer à la cirrhose hypertrophique biliaire, le cancer des voies biliaires pouvant s'accompagner d'une symptomatologie analogue.

4° Il n'est pas possible de donner une règle formelle pour les néoplasmes pancréatiques. Toutefois, le volume de la rate est plus souvent augmenté dans le cancer de la tête, plus souvent diminué dans le cancer du corps ou de la queue de cet organe.

5° Les cancers du gros intestin, en particulier ceux de l'S iliaque s'accompagnent d'une rate atrophique.

6° La rate est augmentée de volume dans les néoplasmes du rein ; atrophiée, au contraire, dans ceux de l'utérus.

7° Les généralisations cancéreuses à la rate existent, mais elles sont rares.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
Le Doyen, PAVIOT.
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 15 janvier 1920

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BARD et PIC. — Etude du cancer primitif du pancréas. *Revue de Médecine* 1888.
- BOUCHARD et BRISSAUD. — *Traité de Médecine*.
- CADE et SAVY. — Trois cas de cancer primitif du foie avec cirrhose. *Lyon Médical* 1908.
- CORNIL et RANVIER. — Histologie pathologique.
- DE CHARETTE. — Contribution à l'étude du cancer du corps du pancréas. Lyon, th. méd., 1908-1909.
- DEVIC et GALLAVARDIN. — Cancer primitif des canaux biliaires. *Revue de Médecine*, 1901.
- DUPLANT. — De la prétendue transformation de l'ulcère rond en cancer. Lyon, th. méd., 1898-1899.
- ENRIQUEZ, LAFITTE et LAMY. — *Traité de Médecine*.
- ESSARD. — Contribution à l'étude clinique du cancer de l'estomac chez le jeune au-dessous de 25 ans. Lyon, th. méd., 1906-1907.
- GILBERT. — Contribution à l'étude du cancer primitif du foie. Paris, th. méd., 1885-1886.
- GILBERT et THOINOT. — Maladies du pancréas.
- HOUSSIN. — Le cancer primitif du canal hépatique. Lille, th. méd., 1905-1906.
- JOUX. — Recherches anatomiques sur la propagation et la généralisation dans le cancer de l'utérus. Paris, th. méd., 1904-1905.
- JONQUET. — Cancer du pancréas et cancer des voies biliaires. Essai de diagnostic différentiel. Lyon, th. méd., 1907-1908.

LANCEREAUX. — Maladies du foie et du pancréas.

PERDU. — Essai sur les formes cliniques du cancer primitif du pancréas. Lyon, th. méd., 1893-1894.

PINCHART. — Etude clinique de la fièvre essentielle dans le cancer de l'estomac et en particulier de sa forme intermittente. Lille, th. méd., 1905-1906.

RHENTER et REBATTU. — Cancer primitif des canaux biliaires. *Gazette des Hôpitaux*, octobre 1908.

SANEROT. — Le cancer de l'estomac à évolution lente. L'ulcus rodens gastrique. Lyon, th. méd., 1905-1906.

TRIPIER (RAYMOND). — *Traité d'anatomie pathologique générale*. — Collection d'observations au laboratoire d'anatomie pathologique de Lyon.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
CHAP. PREMIER. — La rate dans les cancers de l'estomac.	8
CHAP. II. — La rate dans les cancers du foie.....	17
CHAP. III. — La rate dans les cancers des voies biliaires extrahépatiques	26
CHAP. IV. — La rate dans les cancers du pancréas.....	31
CHAP. V. — La rate dans les autres cancers abdominaux.	39
CHAP. VI. — Les généralisations cancéreuses à la rate...	44
CONCLUSIONS	51
BIBLIOGRAPHIE	53
